



**Universidade de Aveiro** Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
2011

**AURORA CATARINA  
GONÇALVES  
MOREIRA**

**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA VERSÃO 12  
ITENS DO WHODAS 2.0.**





**AURORA CATARINA  
GONÇALVES  
MOREIRA**

**CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DA VERSÃO  
12 ITENS DO WHODAS 2.0.**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e co-orientação científica do Professor Doutor Rui Jorge Dias Costa, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro



Dedico este trabalho...

À minha mãe Quitéria, por me dar a vida, por me apoiar em todos os momentos da minha vida e por travar todas as batalhas sem hesitar.

Ao Renato, em quem encontrei todo o apoio, dedicação e amor que necessito para alcançar todos os meus sonhos.

A Deus, por quem tenho muita fé e amor, por estar comigo nos bons e maus momentos e por me fazer acreditar que tudo é possível, basta querer.



## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha**  
professor catedrático da Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Doutor Jorge Laíns**  
licenciado em medicina, especialista em Medicina Física e Reabilitação

**Prof. Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós**  
professora coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa**  
professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro





## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Alexandra Queirós, pela orientação, apoio, motivação e disponibilidade ao longo do trabalho.

Ao Professor Doutor Rui Costa, pelo apoio e disponibilidade no decorrer do estudo.

À Professora Doutora Anabela Silva pelo apoio, interesse e disponibilidade para a realização deste estudo.

Ao Professor Joaquim Alvarelhão pela disponibilidade na resolução de problemas e no esclarecimento de dúvidas.

À Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, em especial à Dra. Manuela Coelho, à Dra. Cristina Barbosa e à Dra. Isabel Dias que tornaram possível e facilitaram a recolha de dados nos diferentes contextos do concelho.

A todas as instituições que aceitaram participar no estudo e a todos aqueles que nesses locais se mostraram disponíveis para ajudar em todo o processo, directores técnicos, assistentes sociais, psicólogos, administrativos, auxiliares de acção directa e não menos importante, a todos aqueles que aceitaram participar no estudo.



## palavras-chave

WHODAS 2.0, CIF, Funcionalidade, Incapacidade, Envelhecimento Activo

## Resumo

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais relevantes do século XXI nas sociedades desenvolvidas pelas suas implicações a nível social, económico e individual. Assim, o principal desafio que se impõe às sociedades consiste em promover o aumento da longevidade, associado a uma velhice com qualidade de vida. Para promover intervenções adequadas por diferentes profissionais é de extrema importância a avaliação da funcionalidade nesta população. Esta avaliação é útil para minimizar possíveis problemas, aumentando a longevidade e promovendo uma velhice com qualidade de vida.

O World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar as limitações nas actividades e restrições da participação em seis domínios: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, actividades diárias e participação. Este é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

O objectivo deste trabalho é contribuir para a validação da versão de 12 itens do WHODAS 2.0 para a população portuguesa.

Esta versão foi aplicada a uma amostra de 70 indivíduos de centro de dia e 164 indivíduos da comunidade que participam no voluntariado, informática e ginástica, universidades sénior e programa de novas oportunidades do concelho de Santa Maria da Feira.

Como resultados do trabalho demonstrou-se que a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 apresenta boa consistência interna, tendo em conta o valor global do Alpha de Cronbach (0,85 do centro de dia e 0,79 da comunidade), excelente concordância teste re-teste (CCI total de 0,89 no centro de dia e 0,82 na comunidade), bem como validade de critério e de constructo.

Assim, pode-se concluir que a versão do WHODAS 2.0 apresenta características psicométricas que indicam uma boa aplicabilidade nos contextos de envelhecimento activo.



## **Keywords**

WHODAS 2.0, ICF, Functioning, Disability, Active Aging

## **Abstract**

Population aging is one of the most important phenomena of the XXI century in developed societies for its implications for social, economic and individual. Thus, the main challenge imposed on society is to promote an increased longevity associated to an old age with quality of life. In order to promote adequate interventions by different professionals is extremely important to assess the functionality of elderly. This assessment can minimize possible problems increasing the quality of life of elderly.

The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) is an instrument developed by the World Health Organization to assess the limitations and restrictions in the activities of participation in six domains: cognition, mobility, self care, interpersonal getting along with people, life activities and participation. This instrument is based on International Classification of Functioning, Disability and Health.

The aim of this work is to validate the version of 12 items WHODAS 2.0 for the Portuguese population.

This version was administered to a sample of 70 individuals from day care and 164 individuals from the community involved in volunteering, computer and gym, senior universities and program for new opportunities in the municipality of Santa Maria da Feira.

This study demonstrated that the Portuguese version of 12 items WHODAS 2.0 has good internal consistency, taking into account the overall value of Cronbach's alpha (0,85 from day care and 0,79 from community) , excellent test re-test agreement (ICC Total 0,89 from day care and 0,82 from community) and criterion and construct validity.

Thus, it's possible concludes that the version of WHODAS 2.0 presents psychometric characteristics that indicate a good applicability in the contexts of active aging.



## Índice

Capítulo 1 – Introdução .....	1
1. Enquadramento .....	1
2. Objectivos do estudo .....	2
3. Estrutura da dissertação .....	2
Capítulo II – Revisão bibliográfica .....	3
1. O envelhecimento populacional e o envelhecimento activo .....	3
2. Funcionalidade e incapacidade .....	5
3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) .....	7
4. WHODAS 2.0 .....	8
4.1. Desenvolvimento do WHODAS 2.0 .....	9
4.2. Versões do WHODAS 2.0 .....	11
4.3. WHODAS 2.0 e propriedades psicométricas .....	12
4.3.1. Validade .....	13
4.3.2. Fiabilidade .....	14
4.3.3. Sensibilidade transcultural e à mudança .....	14
4.3.4. WHODAS 2.0 na população em geral .....	15
4.4. Administração do WHODAS 2.0 .....	16
4.5. Tipos de pontuação .....	16
4.6. Tradução para a língua portuguesa .....	17
4.7. Versão 12 itens auto-administrada .....	18
5. Conclusão .....	19

Capítulo III – Metodologia .....	21
1. Introdução .....	21
2. Hipóteses do estudo .....	21
3. Desenho do estudo .....	21
4. População alvo .....	21
5. Contexto do estudo .....	22
6. Considerações éticas .....	22
7. Amostra .....	22
8. Instrumentos de medida .....	23
9. Propriedades psicométricas .....	23
9.1. Fiabilidade .....	23
9.2. Validade .....	24
10. Procedimentos .....	24
11. Organização do estudo .....	24
12. Análise estatística .....	25
Capítulo IV – Apresentação dos resultados .....	27
1. Introdução .....	27
2. Caracterização da amostra .....	27
2.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	27
2.2. Caracterização da funcionalidade da amostra em cada item .....	29
3. Propriedades psicométricas .....	30
3.1. Fiabilidade .....	30



3.2. Validade .....	33
Capítulo V – Discussão de resultados .....	35
1. Considerações finais .....	37
Capítulo VI – Conclusões .....	39
Referências bibliográficas .....	41
ANEXOS .....	45
Anexo I – Consentimento informado .....	46
Anexo II – Convite à participação .....	47
Anexo III – Informação demográfica e de saúde - Versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 .....	49
Anexo IV – Versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 .....	51
Anexo V – Lubben Social Network Scale .....	53
Anexo VI – Índice de Barthel .....	54



## **Índice de tabelas**

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	28
Tabela 2 – Análise descritiva: número de participantes, média e desvio-padrão para cada item em relação aos diferentes contextos .....	30
Tabela 3 – Consistência interna: Alpha de Cronbach na ausência do item .....	31
Tabela 4 – Fiabilidade teste re-teste: Coeficiente de Correlação Intraclassa para cada item .....	32
Tabela 5 – Correlação inter-escalas: Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i> de todos os domínios do IB e da LSNS-6.....	33
Tabela 6 – Validade de constructo: Teste U de <i>Mann-Whitney</i> .....	34



## **Abreviaturas**

CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

FIM – Funcional Independence Measure

IB – Índice de Barthel

IC95% – Intervalo de Confiança de 95%

INE – Instituto Nacional de Estatística

LSNS – Lubben Social Network Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey

WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0



## **Capítulo 1 – Introdução**

### **1. Enquadramento**

O envelhecimento populacional é hoje um fenómeno universal. A atenção para as questões de saúde e qualidade de vida no envelhecimento têm crescido nas últimas décadas, em virtude do aumento da longevidade da população mundial, sem precedentes na história. Em todo o mundo, a busca de qualidade de vida dos idosos emerge como sendo um desafio a partir do qual se poderá considerar os ganhos na esperança média de vida como sendo uma conquista humana e social (ASSIS, 2005).

De forma a alcançar melhores condições de saúde e qualidade de vida nesta população considera-se que a avaliação da capacidade funcional é particularmente útil no contexto do envelhecimento.

O estudo da capacidade funcional dos idosos tem como objectivos principais a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, contribuindo para intervenções direccionadas para a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional e consequentemente da qualidade de vida do idoso. As áreas a estudar na avaliação funcional multidimensional dos idosos são as que permitem predizer da melhor forma qual a capacidade de estes viverem de modo independente na sociedade (OLIVEIRA et al., 2008).

De forma a avaliar e a medir a capacidade funcional dos indivíduos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Este instrumento de avaliação, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mede a saúde e a incapacidade em seis domínios: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, actividades diárias e participação (GARIN et al., 2010). Este, tem-se mostrado útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade, de uma forma uniformizada, na população geral e em grupos específicos (por exemplo, pessoas com uma gama de diferentes condições físicas e mentais) e em diferentes culturas (USTUN et al., 2010).

Para o presente estudo foi escolhido o WHODAS 2.0 visto não ser específico para nenhuma condição de saúde e idade, ter sido validado pela OMS, ser baseado na CIF, ser

fácil de utilizar e por ter sido recentemente adaptado e validado para a população portuguesa (RIBEIRO, 2010).

## **2. Objectivos do estudo**

O objectivo geral do presente estudo é contribuir para a validação da versão portuguesa de 12 itens auto-administrada do WHODAS 2.0. Os objectivos específicos passam por avaliar as propriedades psicométricas desta versão, das quais: fiabilidade (consistência interna e teste re-teste) e validade (validade de critério e validade de constructo) e comparar os níveis de funcionalidade dos participantes das amostras consideradas (centro de dia e comunidade).

## **3. Estrutura da dissertação**

A presente dissertação está organizada em seis capítulos. No capítulo I – Introdução, apresenta-se o enquadramento do estudo, o objectivo geral e os objectivos específicos e a estrutura da dissertação. No capítulo II – Revisão Bibliográfica, enquadra-se o tema principal abordado, bem como se apresenta o instrumento que se pretende validar. No capítulo III – Metodologia, apresenta-se a metodologia utilizada para o estudo e explicam-se todos os procedimentos utilizados no decorrer do mesmo. No capítulo IV – Apresentação dos Resultados, apresenta-se os resultados obtidos no estudo que serão discutidos no capítulo V – Discussão dos Resultados. Por fim, no capítulo VI – Conclusão, apresenta-se um breve resumo do trabalho, dos resultados obtidos e propostas para estudos futuros.



## **Capítulo II – Revisão bibliográfica**

### **1. O envelhecimento populacional e o envelhecimento activo**

O envelhecimento é um processo fisiológico próprio dos seres vivos, que durante muito tempo foi tido como um processo evolutivo inalterável. Actualmente, considera-se que o envelhecimento resulta da interacção de múltiplos factores que determinam o papel do envelhecimento para cada indivíduo (OLIVEIRA et al., 2008).

O envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo do tempo e é considerado um dos fenómenos mais relevantes do século XXI, nas sociedades desenvolvidas, devido às suas implicações na esfera socioeconómica, bem como às modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida (CARRILHO et al., 2004). O envelhecimento tem vindo a acentuar-se quer pela base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa (INE, 2002).

A nível mundial, entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a projecção da população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Pelo contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e prevendo-se que atinja 15,6% em 2050. A nível mundial, o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002). Segundo um relatório recente do Centro Regional de Informação da Organização das Nações Unidas (ONU) (World Population Prospects: The 2006 Revision) prevê-se que haja um período de transição na estrutura da população do planeta devido ao envelhecimento. Segundo o relatório, “a população mundial irá registar um crescimento de cerca de 2,5 mil milhões nos próximos 43 anos, passando dos actuais 6,7 mil milhões para 9,2 mil milhões, em 2050” (CRIONU, 2010).

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população (INE, 2002). A análise das pirâmides etárias evidencia um estreitamento na base, apesar de uma ligeira recuperação nos níveis

de fecundidade entre 1999 e 2000, visível nas idades mais jovens, e um alargamento no topo, reflectido especialmente a partir dos 65 anos e mais forte nas mulheres (CARRILHO et al., 2004).

Perante as proporções que o envelhecimento populacional está a atingir, o principal desafio que se impõe às sociedades consiste em promover o aumento da longevidade associado a uma velhice com qualidade de vida (RUTIS, 2008).

A OMS, no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento activo, no sentido de melhorar as oportunidades de saúde, de participação e de segurança. Assim, o envelhecimento activo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária e actividades instrumentais de vida diária, quer ao nível da valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde (RUTIS, 2008).

O envelhecimento activo, segundo Meireles, é um aspecto central, devendo ser promovido quer a nível individual, quer a nível colectivo. Segundo este autor, as alterações físicas e intelectuais que ocorrem com o envelhecimento variam de pessoa para pessoa e dependem das características genéticas e hábitos tidos durante a vida. No entanto, o bem-estar psíquico e intelectual (memória, raciocínio, boa disposição) – fundamentais no envelhecimento activo e saudável – também se protegem e promovem com cuidados permanentes, tais como, leitura regular, participação activa na discussão dos assuntos do quotidiano, realização de jogos que estimulam raciocínio, manutenção de actividades dentro e fora de casa, dos quais passeios, visitas, voluntariado, actividade física, admissão numa universidade sénior ou centro de dia, participação em tarefas de grupo ou eventos de associativismo, entre outros (MEIRELES, 2008).

Embora a funcionalidade e a independência dos idosos sejam influenciadas por aspectos genéticos, podem ser beneficiadas por medidas preventivas e de promoção de saúde, tal como configura o envelhecimento activo.

Para além do aparecimento do conceito de envelhecimento activo, uma das evidências que reflectiu a preocupação a nível social quanto ao envelhecimento populacional, foi a realização em 2002 da II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU. Esta assembleia, realizada em Madrid, sublinhou o aumento do número de idosos de 600 milhões para quase 2 biliões até 2050 e constatou que o envelhecimento demográfico é

um facto sem precedentes, universal, de longa duração e de grande impacto social, gerando desafios complexos e exigindo a participação de todos (MACHADO, 2003).

Segundo o director-geral da Saúde, Francisco George, o envelhecimento da população impõe mudanças nas intervenções, tanto no sector da saúde como no sector social, na perspectiva da manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa e da sua recuperação global quando em situação de dependência. Uma das intervenções deve passar por procurar melhorar a sua funcionalidade, readaptação e reinserção familiar e social (GEORGE, 2007).

## **2. Funcionalidade e incapacidade**

O aspecto funcional é um ponto de grande importância na avaliação do estado de saúde dos idosos, já que a sua avaliação permite detectar precocemente alterações na funcionalidade e na realização das actividades de vida quotidianas (MARTINI, 2010).

Uma limitação funcional corresponde à dificuldade para realizar actividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Frequentemente, é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade (PARAHYBA *et al.*, 2006).

Segundo o estudo de Parahyba *et al.* (2006), as mulheres declaram mais dificuldades que os homens; observa-se, também, o carácter progressivo destas dificuldades entre os idosos em relação ao aumento da idade; os idosos mais pobres apresentam as maiores taxas de prevalência de limitação funcional e de um modo geral, a sobrevivência das mulheres é superior à dos homens. Normalmente, as mulheres tendem a reportar mais dificuldades funcionais do que os homens, no entanto, na prática, estas não desenvolvem limitações funcionais com mais frequência que os homens e sobrevivem mais tempo do que eles com as mesmas limitações.

Ao longo da vida, as capacidades funcionais dos indivíduos vão-se alterando, dependendo do estilo de vida dos mesmos, no entanto, com o envelhecimento os indivíduos perdem progressivamente as suas capacidades funcionais. Esta perda de capacidades funcionais pode levar a incapacidades que dificultam a realização das actividades básicas de vida diária bem como das actividades instrumentais de vida diária (LEVEILLE *et al.*, 2002).

Segundo Leveille *et al.* (2002) a incapacidade prevalece e expande rapidamente na população idosa não só pelo detrimento da qualidade de vida, mas também pela maior

utilização de cuidados de saúde e aumento de custos pela incapacidade, comparado com situações sem incapacidade.

Nesse sentido, para além da necessidade da avaliação funcional dos idosos é fundamental o conhecimento da prevalência de patologias na velhice que possam comprometer a funcionalidade nesta faixa etária. Assim, Leveille *et al.* (2002) identificaram condições específicas como a osteoartrose, diabetes e hipertensão, que predis põem os idosos para um declínio funcional. Estes problemas também existem em indivíduos mais jovens, no entanto a sua prevalência é mais elevada nos idosos.

Relativamente à osteoartrose e, segundo a Direcção Geral de Saúde, a prevalência na população portuguesa é de 0,3%, sendo que o maior impacto das doenças reumáticas verifica-se em termos de morbilidade e incapacidade. Segundo a mesma fonte, cerca de 1/3 da população adulta padece de problemas músculo-esqueléticos, sendo estas alterações mais frequentes no sexo feminino e nos idosos (DGS, 2003).

Quanto à diabetes, segundo o Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência entre os 20 e os 39 anos foi de 2,4%, entre os 40 e os 59 anos de 12,6% e entre os 60 e os 79 anos de 26,3%, verificando-se a existência de uma correlação directa entre o incremento da prevalência desta patologia e o envelhecimento dos indivíduos (OND, 2009).

Quanto à hipertensão, segundo Cortez-Dias *et al.* (2009), a prevalência desta na população adulta portuguesa é de 42,6%. Neste mesmo estudo detectaram um aumento significativo da prevalência de hipertensão com a idade, sendo nos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de 77,7% e entre aqueles com idade igual ou superior a 80 anos de 81,3%.

A existência de patologias poderá interferir na funcionalidade dos indivíduos potenciando a existência de limitações funcionais.

Apesar do conhecimento da prevalência destas patologias, os seus diagnósticos isolados são insuficientes para explicar a heterogeneidade da incapacidade nos idosos. A severidade da doença é igualmente central para explicar algumas dessas diferenças, mas muitas pessoas têm múltiplas condições crónicas que podem interagir, potenciando a incapacidade. Grande parte dos sintomas que os idosos experienciam nas suas vidas diárias interfere com a sua funcionalidade (LEVEILLE *et al.*, 2002). Como tal, a avaliação da capacidade funcional associada ao conhecimento acerca do envelhecimento e da prevalência de determinadas patologias, torna-se um instrumento particularmente útil para

avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida quotidiana (PARAHYBA et al., 2006).

De forma a avaliar a capacidade funcional da população, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), bem como o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0).

### **3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**

A CIF oferece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. É uma classificação com múltiplas finalidades, planeada para diferentes usos em diferentes áreas. Os domínios que analisa ajudam a descrever alterações ou mudanças na função e estrutura do corpo, o que uma pessoa com uma condição de saúde pode fazer num ambiente padrão, ou seja o seu nível de capacidade, assim como o que ela realmente faz no seu ambiente real, o seu nível de desempenho. Os domínios da CIF são classificados a partir de duas listas: uma lista de funções e estruturas corporais, e uma lista de domínios de actividade e participação. Neste sentido, funcionalidade refere-se a todas as funções corporais, actividades e participação, enquanto incapacidade é similarmente um termo guarda-chuva para deficiências, limitação de actividades ou restrições à participação (OMS, 2002, OMS et al., 2003).

A CIF também relaciona os factores ambientais que interagem com todos estes componentes (OMS, 2002). Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registar níveis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios (OMS et al., 2003).

A CIF é utilizada para inúmeros propósitos, como uma ferramenta estatística na recolha e registo de dados, como uma ferramenta na investigação, para medir resultados, entre outros (OMS et al., 2003). A utilização da CIF como uma ferramenta de planeamento e política para tomada de decisões é o propósito mais importante (OMS, 2002).

O diagnóstico por si só não prevê a necessidade de serviços, tempo de hospitalização, nível de cuidados ou resultados funcionais, assim como, a presença de uma doença ou distúrbio também não são bons preditores para receber benefícios por incapacidade, desempenho no trabalho, potencial para retorno ao trabalho, ou mesmo de integração social. Isto significa que se usarmos uma classificação médica de diagnóstico isolada, não teremos a informação necessária para propósitos de gestão e planeamento de saúde pois não há informação sobre

níveis de funcionalidade e limitações. A CIF possibilita recolher estes dados de um modo consistente e comparável internacionalmente (OMS, 2002).

De acordo com o modelo biopsicossocial embutido na mesma, a incapacidade e a funcionalidade são os resultados das interações entre as condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) e factores contextuais. O modelo reconhece que a incapacidade é multidimensional e é o produto de uma interação entre os atributos de um indivíduo e as características físicas, sociais e atitudinais do ambiente. Este facto, amplia a perspectiva da incapacidade e permite a análise das influências médicas, individuais, sociais e ambientais na funcionalidade e na incapacidade (USTUN et al., 2010).

Em suma, considera-se que é difícil encontrar uma definição universalmente aceite de funcionalidade, visto esta relacionar várias áreas da vida e envolver interações entre o indivíduo e o seu meio. O diagnóstico e a avaliação da funcionalidade são muito valorizados porque podem prever aspectos que o diagnóstico médico isoladamente não prediz (USTUN et al., 2010).

#### **4. WHODAS 2.0**

Fazendo parte do desenvolvimento da CIF, a OMS criou em 1998 o WHODAS 2.0 Este, é um instrumento que mede a saúde e funcionalidade na população ou numa prática clínica. O WHODAS 2.0 captura o nível de funcionalidade dos participantes em seis domínios (GARIN et al., 2010):

- Domínio 1: Cognição - Avalia actividades de comunicação e de pensamento; as áreas específicas avaliadas incluem a concentração, a memória, a resolução de problemas, o aprendizado e a comunicação;
- Domínio 2: Mobilidade - Avalia actividades como estar de pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e caminhar uma longa distância;
- Domínio 3: Auto-cuidado - Avalia a higiene, vestir, comer e ficar sozinho;
- Domínio 4: Relações interpessoais - Avalia interações com outras pessoas e as dificuldades que possam ser encontradas com este domínio devido a uma condição de saúde. Neste contexto, "outras pessoas" inclui cônjuge ou companheiro, familiares ou amigos próximos e pessoas estranhas;

- Domínio 5: Actividades diárias - Avalia a dificuldade com as actividades do dia-a-dia, isto é, aquelas que as pessoas fazem na maioria dos dias, incluindo aquelas associadas com as responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola;
- Domínio 6: Participação - Avalia as dimensões sociais, tais como as actividades comunitárias, barreiras e obstáculos no mundo em torno do entrevistado e problemas com outras questões, tais como manutenção da dignidade pessoal (USTUN et al., 2010).

Tal como a CIF, o WHODAS 2.0 é etimologicamente neutro, ou seja, não é específico para nenhuma condição de saúde. Este facto torna possível focar-se directamente na funcionalidade e na incapacidade e tratar da avaliação da funcionalidade separadamente das condições de saúde (USTUN et al., 2010).

Os seis domínios foram seleccionados após uma revisão cuidadosa das pesquisas existentes e instrumentos de pesquisa e após um estudo de aplicabilidade transcultural. Para os seis domínios, o WHODAS 2.0 fornece um perfil e uma medida resumo de funcionalidade e incapacidade que é confiável e aplicável em diferentes culturas, em todas as populações adultas (USTUN et al., 2010).

#### **4.1. Desenvolvimento do WHODAS 2.0**

Este instrumento foi desenvolvido através de colaborações entre a OMS e as seguintes organizações dos Estados Unidos da América - o National Institutes of Health, do National Institute of Mental Health, o Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo e o National Institute on Drug Abuse.

A metodologia usada no desenvolvimento do WHODAS 2.0 teve várias características únicas:

- Uma abordagem de colaboração internacional, com o objectivo de desenvolver um instrumento genérico e simples para avaliar o estado de saúde e incapacidade em diferentes áreas;
- Um conjunto único de protocolos de estudo com aplicação transcultural, para assegurar que o WHODAS 2.0 teria um grau elevado de funcionalidade e equivalência métrica nas diferentes culturas e sectores;

- Uma ligação à metodologia da CIF, para permitir que este novo instrumento tenha uma ligação directa à CIF (USTUN et al., 2010).

O WHODAS 2.0 fornece uma métrica comum do impacto de qualquer problema de saúde em termos de funcionalidade. Sendo uma medida genérica, o instrumento não se destina a uma doença específica, podendo ser utilizado para comparar limitações funcionais. Este foi desenvolvido para avaliar dificuldades nas condições de saúde incluindo doenças ou lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas relacionados com álcool ou drogas (ANDREWS et al., 2009). Também torna possível a criação e monitorização do impacto da saúde e intervenções relacionadas à saúde (USTUN et al., 2010).

Vários centros de diferentes culturas foram envolvidos na operacionalização dos seis domínios do instrumento, escrevendo e seleccionando questões, resultantes de escalas de respostas e realizando testes piloto (USTUN et al., 2010). A uniformização e equivalência entre definições e tradução estiveram na frente do processo de desenvolvimento. Para assegurar que a colaboração era genuinamente internacional, os centros de campo foram seleccionados com base na diferença das definições, nível de industrialização, serviços de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para a medição da saúde e incapacidade, como o papel da família, a percepção do tempo e percepção da própria religião e religião dominante (USTUN et al., 2010).

O desenvolvimento do WHODAS 2.0 incluiu:

- Uma revisão crítica da literatura na conceptualização e medição da funcionalidade e incapacidade, e dos instrumentos relacionados;
- Um estudo sistémico de aplicabilidade transcultural;
- Uma série de estudos de campo empíricos para desenvolver e refinar o instrumento (USTUN et al., 2010).

O instrumento tem-se mostrado útil para avaliar a saúde e os níveis de funcionalidade na população geral e em grupos específicos (por exemplo, pessoas com uma gama de diferentes condições físicas e mentais) (USTUN et al., 2010).



#### **4.2. Versões do WHODAS 2.0**

Foram desenvolvidas três versões do WHODAS 2.0 - uma versão de 36 itens, 12 itens e 12+24 itens. Todas as versões avaliam a funcionalidade e as dificuldades nos seis domínios específicos durante os 30 dias anteriores à entrevista. As versões 36 itens e 12 itens estão disponíveis em três formas diferentes: através de entrevista, auto-administrada ou aplicada por alguém que é próximo ao participante (familiares, amigos ou cuidador). A versão 12+24 itens só pode ser aplicada por entrevista ou por ensaio computador adaptável. Dependendo das informações necessárias, o desenho do estudo e as limitações de tempo, o utilizador pode escolher entre as três versões do WHODAS 2.0.

Das três versões, a versão de 36 itens é a mais detalhada. Esta permite aos utilizadores gerarem pontuações para os seis domínios e calcular uma pontuação de funcionalidade geral. Para cada item que é positivamente aprovado, há uma questão sobre o número de dias (nos últimos 30 dias) em que o entrevistado tem experimentado as dificuldades em particular. O tempo médio de entrevista para a versão entrevistador-administrado é cerca de 20 minutos.

A versão de 12 itens do WHODAS 2.0 é a versão mais curta e é útil para a avaliação sucinta da funcionalidade global em pesquisas ou estudos de saúde e em situações que as limitações de tempo não permitem a aplicação da versão mais longa. O tempo médio de entrevista para a versão entrevistador-administrado é de cinco minutos.

A versão 12+24 itens do WHODAS 2.0 é um híbrido simples das versões de 12 itens e 36 itens. Esta versão utiliza 12 itens para áreas problemáticas de funcionalidade. Havendo as 12 respostas positivas inicialmente, podem ser dadas até 24 perguntas adicionais. Assim, é um teste simples, adaptável que tenta capturar 36 itens totalmente, evitando respostas negativas. Para cada item positivamente aprovado, há questões sobre o número de dias (nos últimos 30 dias), que o participante tem tido esta dificuldade. O tempo médio de entrevista é de 20 minutos (USTUN et al., 2010)

Todos os itens da versão de 12 itens bem como da versão 12+24 itens fazem parte da versão de 36 itens. No caso da versão de 12 itens existem dois itens para cada domínio do WHODAS 2.0.

#### **4.3. WHODAS 2.0 e propriedades psicométricas**

Para assegurar que o WHODAS 2.0 é válido e significativo transculturalmente, foi aplicado um estudo sistémico. A pesquisa da aplicabilidade transcultural (Cross Cultural Applicability Research) utilizou vários métodos qualitativos para explorar a natureza e a prática da avaliação das condições de saúde em diferentes culturas (USTUN et al., 2010). O estudo incluiu uma análise linguística da terminologia relacionada com a saúde, entrevistas com informação relevante, *focus group* e métodos quasi-quantitativos, tais como *pile sorting*<sup>1</sup> e conceitos de mapeamento (realizados em conjunto). A informação foi recolhida com base na conceptualização de incapacidade e nas áreas relevantes da funcionalidade do dia-a-dia (USTUN et al., 2010).

Este estudo ofereceu conhecimento profundo dos constructos que são susceptíveis de ter aplicabilidade universal, bases estruturais para os domínios e princípios e limites do instrumento de avaliação, fraseologia e dimensões que podem ser usadas nos instrumentos de avaliação (USTUN et al., 2010).

O estudo levou à criação da versão do WHODAS 2.0 com 96 itens agrupados em 6 domínios, para ser usado em estudos de campo formativos (USTUN et al., 2010). As propriedades psicométricas do WHODAS 2.0 (versão 96 itens) foram objecto de duas fases de testes internacionais utilizando um projecto multicêntrico com protocolos idênticos. Os locais de estudo foram escolhidos de acordo com a representação geográfica das diferentes regiões da OMS e a sua adequação para alcançar as diferentes populações e conduzir a pesquisa (USTUN et al., 2010). Este foi aplicado a 1431 indivíduos adultos com idades superiores a 18 anos, distribuídos uniformemente de acordo com o sexo, em quatro grupos diferentes:

1. População geral;
2. População com problemas físicos;
3. População com problemas mentais ou emocionais;
4. População com problemas relacionados com álcool e uso de drogas.

Nesta primeira fase, uma análise factorial revelou a existência de uma estrutura de dois níveis hierárquicos. A maioria das perguntas estava equipada teoricamente de uma forma

---

<sup>1</sup> Metodologia de obtenção de informação, onde os participantes classificam e organizam os elementos ou itens tendo em conta a semelhança entre eles, agrupando-os em várias áreas e características (WILSON [et al.] - Pile Sort Analysis of siSwati Terms for Acute Respiratory Infections, 1995).

melhor, quanto aos seus domínios, confirmando a unidimensionalidade dos domínios, com a excepção da questão de lazer do domínio 5 (actividades diárias) que na verdade pertencia ao domínio 6 (participação). A análise factorial confirmatória mostrou uma associação estreita entre a estrutura factorial dos itens e os seus domínios e entre os domínios e um factor de incapacidade em geral. Estes resultados apoiam a unidimensionalidade dos domínios. A estrutura factor foi semelhante em todos os locais de estudo e populações diferentes testadas. Nesta fase a versão de 96 itens foi reduzida para 34 itens. Posteriormente, foram acrescentados mais 2 itens, tendo por base a informação recolhida pelos entrevistadores no campo e a opinião dos especialistas na pesquisa – um item relacionado com as limitações nas actividades sexuais e outro com o impacto da condição de saúde na família (USTUN et al., 2010).

A segunda fase dos estudos, teve como objectivo testar as propriedades psicométricas da versão revista, sendo feita a aplicação em locais e populações diferentes. O desenho utilizado nos estudos consistia na aplicação da entrevista do WHODAS 2.0 duas vezes por cada indivíduo, sendo que a segunda entrevista era aplicada 7 dias depois da primeira. As duas entrevistas eram aplicadas por dois entrevistadores diferentes, como forma de maximizar a concordância nos quadros de referência das duas entrevistas (USTUN et al., 2010).

Neste estudo foram administrados simultaneamente outros instrumentos como o London Handicap Scale (LHS), o Medical Outcomes Study 36-item Health Survey (SF-36), o Medical Outcomes Study 12-item Health Survey, o Funcional Independence Measure, o World Health Organization Quality of Life-100 e o World Health Organization Quality of Life Brief Scale em diferentes países e populações. Como esperado, as maiores correlações encontradas foram entre a Funcional Independence Measure e o WHODAS 2.0 em relação aos domínios de mobilidade, visto terem construtos similares (USTUN et al., 2010).

#### **4.3.1. Validade**

A validade do WHODAS 2.0 em comparação com outras medidas de incapacidade foi estabelecida numa ampla variedade de populações de pacientes, em amostras da população geral e entre países e idiomas diferentes (ANDREWS et al., 2009).

Quanto aos indicadores que mostram que o instrumento mede o que se pretende medir, 64% dos especialistas concordaram que o conteúdo do WHODAS 2.0 mede a incapacidade tal como é definido pela CIF. As propriedades de medida do WHODAS 2.0 que surgiram

do tratamento de categorias mostraram scores significativos nas direcções esperadas. Todos os grupos de tratamento (drogas, álcool, deficiências físicas e mentais) tiveram um score significativamente superior (ou seja, tiveram mais incapacidade) que o grupo da população geral, indicando que o WHODAS 2.0 é sensível aos problemas funcionais através de uma série de doenças subjacentes e transtornos. Dentro dos grupos tratados, os perfis de domínio foram consistentes com o que se poderá esperar. Por exemplo, o grupo “físico” pontuou significativamente pior do que os outros grupos sobre os domínios que enfatizam a mobilidade (isto é, mobilidade (domínio 2) e cuidado pessoal (domínio 3), considerando que o grupo “droga” pontuou significativamente pior do que os outros grupos no domínio 6 correspondente à participação na sociedade (USTUN et al., 2010).

#### **4.3.2. Fiabilidade**

Quanto à fiabilidade, o instrumento teve um Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) de 0,69-0,89 quanto aos itens, 0,96 relativo ao domínio e 0,98 no nível global. A consistência interna ao nível do domínio foi examinada utilizando correlações item-total e o Alpha de Cronbach, relativas às respostas da primeira entrevista. Em geral os valores variaram de “aceitável” a “muito bom” (USTUN et al., 2010).

A consistência interna e confiabilidade teste re-teste dos scores globais do WHODAS 2.0 são elevadas, sugerindo uma potencial utilidade na avaliação de pacientes individuais, bem como da avaliação das diferenças grupais (USTUN et al., 2010).

#### **4.3.3. Sensibilidade transcultural e à mudança**

Quanto à sensibilidade transcultural os estudos de resposta do WHODAS 2.0 foram conduzidos numa variedade de condições de saúde e de formas de tratamento em todo o mundo. Todos os estudos seguiram um protocolo comum, em que a entrevista da versão de 36 itens foi administrada em pelo menos duas ocasiões. Em cada um dos estudos foi administrada outra medida de incapacidade (por exemplo, LHS ou SF-36) em dois períodos. A gravidade do distúrbio foi avaliada com base no julgamento médico ou por uma medida padronizada (por exemplo, Impressão Clínica Global, Hamilton Depression Rating Scale) (USTUN et al., 2010).

Uma análise de vários níveis agrupados de temas entre os diferentes estudos revelou que os scores de mudança não foram afectados por factores sócio-demográficos, sugerindo que é aplicável em diferentes culturas (USTUN et al., 2010).

Em pessoas com determinadas condições de saúde (por exemplo, problemas de cataratas, depressão, esquizofrenia ou problemas com álcool), o WHODAS 2.0 pode proporcionar melhorias no funcionamento durante o tratamento. Esta funcionalidade é também chamada de “sensibilidade à mudança” ou “resposta de um instrumento”. A avaliação da resposta à mudança, indica que o WHODAS 2.0 realiza em diversas condições crónicas uma melhor alteração que a SF-36 (ANDREWS et al., 2009). De acordo com os serviços de saúde os estudos de investigação realizados no âmbito do WHODAS 2.0, a nível de ensaios de campo, foram suficientemente sensíveis para captar mudanças nos perfis de funcionamento do tratamento de grupo. Essa mudança foi estatisticamente significativa e comparável, ou melhor do que as medidas estabelecidas e comumente utilizados no campo para fins semelhantes (USTUN et al., 2010).

#### **4.3.4. WHODAS 2.0 na população em geral**

Após a demonstração da validade e fiabilidade do WHODAS 2.0 foi lançado um estudo para testar as propriedades do instrumento em grandes inquéritos à população em geral e para estabelecer normas de contabilização do WHODAS 2.0. Este estudo foi realizado na China, Colômbia, Egito, Geórgia, Índia, Indonésia, Irão, Líbano, México, Nigéria, Singapura, Eslováquia, Síria e Turquia. As amostras foram seleccionadas através de métodos probabilísticos e foram realizadas a nível nacional ou regional de forma a serem representativas. A recolha de dados incluiu 21 itens da versão 36 do WHODAS 2.0 e mediu o estado de saúde através da versão auto-administrada da escala incluindo testes de desempenho para a mobilidade, cognição e visão (USTUN et al., 2010).

Este estudo demonstrou a viabilidade da utilização do WHODAS 2.0 na população em geral e mostrou que o instrumento tem as mesmas propriedades psicométricas em diferentes grupos populacionais. Ele também forneceu dados para os scores normativos em relação ao qual as populações de estudos diferentes podem ser comparadas. Posteriormente com base nos resultados deste estudo, os mesmos conceitos foram também aplicados pela OMS nas pesquisas mundiais de saúde que foram realizadas em 70 países. Desde então, o instrumento também foi usado em forma modificada nas pesquisas da OMS a nível de saúde mental, para medir o impacto das perturbações mentais e físicas nos participantes (USTUN et al., 2010).

Os estudos realizados revelaram que o WHODAS 2.0 é um instrumento com excelentes propriedades psicométricas: boa fiabilidade, boas características item-resposta e uma

estrutura robusta, que se mantêm consistentes em todas as culturas e em diferentes tipos de populações (USTUN et al., 2010).

#### **4.4. Administração do WHODAS 2.0**

O WHODAS 2.0 aplica uma escala de 5 pontos em todos os itens, onde 1 indica sem dificuldade e 5 indica dificuldade extrema ou incapacidade de fazer a actividade (USTUN et al., 2010).

O participante deve responder às questões de cada domínio de acordo com:

- a) O grau de dificuldade (aumento do esforço, dor ou desconforto, lentidão e mudanças na forma como a pessoa faz a actividade);
- b) As condições de saúde (doenças ou outros problemas de saúde, lesões, problemas mentais ou emocionais, problemas com álcool e problemas com drogas);
- c) Os últimos 30 dias;
- d) A média dos bons e maus dias;
- e) A forma como normalmente o entrevistado concretiza a actividade;
- f) Os itens não vividos nos últimos 30 dias não são classificados.

#### **4.5. Tipos de pontuação**

No WHODAS 2.0 existem dois tipos de pontuação: a pontuação simples e a pontuação complexa. No caso da pontuação simples utiliza-se uma escala de 5 pontos, denominada escala de Likert, com as seguintes opções de resposta: 1 (sem limitação), 2 (baixa), 3 (moderada), 4 (severa), 5 (extrema). Este método é denominado como pontuação simples já que não há uso de codificações, nem formação de categorias através das respostas. É um método útil para as versões auto-administradas e em entrevistas. Quanto à pontuação complexa, o objectivo é utilizar a pontuação anterior de 5 pontos e através de um computador somar, já recodificados, cada score dos itens de cada domínio, depois somar os scores de todos os domínios e por último converter o somatório de scores numa escala de 0 a 100, onde 0 representa sem limitação e 100 limitação (USTUN et al., 2010).

Originalmente o instrumento tinha um método de pontuação ponderada com base na Teoria de Resposta ao Item. Esse método de pontuação envolvia a recodificação de itens específicos antes de converter o score total em percentagem (ANDREWS et al., 2009).

Considera-se que um método simples de soma de pontuação pode facilitar a sua utilização e cálculo, especialmente durante a administração (ANDREWS et al., 2009).

#### **4.6. Tradução para a língua portuguesa**

A versão original do WHODAS 2.0 foi validada para a população portuguesa em 2010, sendo tema de uma dissertação do Mestrado de Gerontologia da Universidade de Aveiro.

A tradução foi realizada por dois tradutores independentes cuja língua materna era o português. Um dos tradutores era terapeuta ocupacional especialista em questões de limitação de actividade e restrição da participação, estando familiarizado com a terminologia utilizada no WHODAS 2.0 e o segundo possuía formação na área da saúde e não estava familiarizado com a terminologia do WHODAS 2.0 (RIBEIRO, 2010).

Depois da tradução realizou-se uma versão de reconciliação onde três investigadores de diferentes áreas (Terapia Ocupacional, Tecnologias da Saúde e Medicina Física Reabilitação) compararam as duas traduções e construíram uma nova versão. Esta, foi traduzida de português para inglês por um tradutor cuja língua materna era o inglês, sem formação na área da saúde e sem conhecimento da versão do WHODAS 2.0 original (RIBEIRO, 2010).

De seguida, foi realizada uma versão pré-final por uma comissão de investigadores de diferentes áreas. Estes, tiveram como base a retroversão e o instrumento original do WHODAS 2.0. Posteriormente, esta versão pré-final foi sujeita a um pré-teste aplicado a uma amostra de nove indivíduos saudáveis com o objectivo de avaliar a facilidade ou dificuldade na compreensão das perguntas do instrumento, bem como permitir ao entrevistador a recolha de informações adicionais, das quais: indecisão a ler, dificuldade a interpretar as questões, expressões de desconforto, riso e outras manifestações (RIBEIRO, 2010). A informação recolhida foi utilizada para aperfeiçoar o instrumento e construir a versão final. Posteriormente, a retroversão e a descrição da metodologia utilizada foram enviadas aos autores da versão original do WHODAS 2.0 para apreciação (RIBEIRO, 2010).

Na última fase foi realizado um estudo final com o objectivo de analisar a fiabilidade e validade da versão portuguesa em utentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Nesta

fase foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativo não experimental, com carácter transversal. O instrumento foi aplicado ao mesmo utente em dois momentos diferentes, sendo que o entrevistador da primeira entrevista não foi o mesmo que o da segunda entrevista. O intervalo entre as duas aplicações foi no máximo de três dias (RIBEIRO, 2010).

Assim e considerando todos os domínios do WHODAS 2.0, o valor de Alpha de Cronbach foi de 0,95, o que indica uma consistência interna muito boa e o valor do CCI, para a fiabilidade inter-observadores foi de 0,91, ou seja o instrumento tem uma fiabilidade inter-observadores muito boa (RIBEIRO, 2010).

Quanto à validade de critério, este estudo concluiu que o WHODAS 2.0 tem uma correlação estatisticamente significativa com o Índice de Barthel e com a Escala de Rankin Modificada (RIBEIRO, 2010).

Quanto à validade de constructo, o domínio 4 – relações interpessoais não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios da amostra com AVC e a amostra padrão, no entanto nos restantes domínios essas diferenças foram estatisticamente significativas (RIBEIRO, 2010).

Houve igualmente a demonstração de uma correlação estatisticamente significativa entre os domínios e o valor total do instrumento (RIBEIRO, 2010).

#### **4.7. Versão 12 itens auto-administrada**

A versão de 12 itens do WHODAS 2.0 é útil para a avaliação sucinta da funcionalidade global, em pesquisas ou estudos de saúde e em situações que as limitações de tempo não permitem a aplicação da versão mais longa. Esta versão explica 81% da variância da versão de 36 itens (USTUN et al., 2010). Pode ser utilizada quando não é necessário determinar o domínio específico de funcionalidade (OMS, 2000).

Segundo o estudo de Andrews *et al.* (2009), cada um dos seis domínios da versão de 12 itens do WHODAS 2.0 foi fortemente correlacionado com uma variável latente de incapacidade. Os mesmos investigadores demonstraram que a pontuação obtida nesta versão pode ser convertida em percentil para obter uma comparação aproximada à versão mais longa. Consideram que devem ser desenvolvidos estudos em diferentes países de forma a validar esta versão, visto fornecer uma medida breve, válida e confiável da incapacidade global. Segundo Luciano *et al.* (2009), a versão de 12 itens auto-administrada do instrumento é fiável, válida e útil para avaliar a funcionalidade total em pacientes com



depressão. Segundo os mesmos autores, num estudo realizado em 2010, a análise item-resposta mostrou que os 12 itens que compõem o instrumento funcionam muito bem, indicando que todos os itens avaliam eficazmente o contínuo de funcionalidade. Os itens apresentaram boa discriminação, uma vez que cada opção crescente tornou-se mais provável do que a anterior, em função do crescente nível de incapacidade (LUCIANO et al., 2010).

## **5. Conclusão**

O WHODAS 2.0 sendo baseado na CIF, dirige-se mais ao domínio das funções, participação e contexto do indivíduo. O instrumento é simples de pontuar e de interpretar e é disponibilizado em mais de 30 línguas, sendo muito importante já que avalia os níveis de saúde e funcionalidade na população geral e em grupos específicos (USTUN et al., 2010).



## **Capítulo III – Metodologia**

### **1. Introdução**

Como forma de contribuir para a validação do WHODAS 2.0 - versão de 12 itens auto-administrada, para a população portuguesa, foi traçada a metodologia apresentada de seguida.

### **2. Hipóteses do estudo**

Tendo em conta o objectivo proposto de validar a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 para a população portuguesa, foram definidas duas hipóteses:

- A primeira hipótese pressupõe que a versão portuguesa de 12 itens, auto-administrada do WHODAS 2.0 seja fiável.
- A segunda hipótese pressupõe que a versão portuguesa de 12 itens, auto-administrada do WHODAS 2.0 seja uma medida válida para avaliar a funcionalidade.

Para a primeira hipótese avalia-se a consistência interna e a fiabilidade teste re-teste. Para a segunda hipótese avalia-se a validade de critério e a validade de constructo. A validade de critério, utilizando o índice de Barthel (IB) e a Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6) e a validade de constructo através da análise dos diferentes contextos.

### **3. Desenho do estudo**

O presente estudo foi desenhado para contribuir para a validação da versão de 12 itens do WHODAS 2.0 e desenvolveu-se numa única fase que correspondeu à recolha de dados e posterior análise da fiabilidade (consistência interna e teste re-teste) e da validade (validade de critério e validade de constructo) do instrumento.

Nesta fase foi desenvolvido um estudo de investigação quantitativo, de carácter transversal descritivo. O instrumento foi aplicado em dois momentos distintos, para avaliar a fiabilidade teste re-teste, com um intervalo de uma semana.

### **4. População alvo**

A população alvo foi constituída por utentes dos centros de dia e por indivíduos da comunidade, dos quais: alunos da Universidade Sénior de Santa Maria da Feira e da Agência Local em Prol do Emprego; Voluntários (Liga dos Amigos do Hospital, Associação Dadores Benévolos de Sangue, Centros de Dia, programa e-mili@ e

Bombeiros Voluntários) e formandos das aulas de informática e ginástica (Programa emili@ e Programa Movimento e Bem-Estar) do concelho de Santa Maria da Feira.

## **5. Contexto do estudo**

O estudo desenvolveu-se em meio natural, nos centros de dia, nas universidades séniores, programa das novas oportunidades, nos programas de informática e ginástica e nos locais de voluntariado contactados do concelho de Santa Maria da Feira. Para tal foi solicitado aos responsáveis das instituições a autorização para aplicar o estudo. A escolha dos locais foi feita por conveniência.

## **6. Considerações éticas**

O estudo foi aprovado pela Câmara Municipal de Santa Maria da Feira e autorizado pela administração de todas as instituições que nele colaboraram. Todos os participantes que respeitavam os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo assinando assim o consentimento informado (Ver anexo I). A sua participação foi de livre e espontânea vontade. Para além disso, todos os participantes foram informados que poderiam abandonar o estudo em qualquer momento se fosse essa a sua vontade (Ver anexo II). Também foi garantido aos participantes a confidencialidade e anonimato dos seus dados e respostas, visto que no questionário aplicado não há referência ao seu nome, mas a utilização de um número (Ver anexo III).

## **7. Amostra**

Após ter sido efectuada a autorização formal nas instituições escolhidas e respectivo deferimento procedeu-se a uma amostragem não probabilística.

Como critérios de inclusão foram considerados: ter idade igual ou superior a 50 anos, saber ler e escrever e ser capaz de dar o consentimento informado escrito.

A amostra foi constituída por utentes de centros de dia e participantes da comunidade.

Como centro de dia considera-se a resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar (MTSS, 2007). Esta resposta social intervém ao nível da satisfação das necessidades básicas dos idosos, presta apoio psicossocial e fomenta as relações interpessoais a fim de evitar o isolamento (MTSS, 2009).

Como comunidade considera-se os alunos de universidades sêniores e programa de novas oportunidades, formandos de informática e ginástica e voluntários.

## **8. Instrumentos de medida**

Os instrumentos de medida utilizados foram três, dos quais: WHODAS 2.0, LSNS-6 e IB.

### **WHODAS 2.0 – versão 12 itens**

Neste estudo foi utilizada a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 visto ser a versão que se pretende validar e porque é uma versão simples e rápida de utilizar que avalia sucintamente a funcionalidade dos indivíduos. A versão utilizada foi a auto-administrada (ver anexo IV).

### **Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6)**

A LSNS-6 é um instrumento que serve para medir a percepção do apoio social recebido por familiares e amigos. É constituída por 6 itens referentes à rede familiar e à rede de amigos. Cada questão é pontuada numa escala de 0 a 5. O score total corresponde à soma dos seis itens e varia de 0 a 30 (LUBBEN et al., 2006) (Ver anexo V).

### **Índice de Barthel (IB)**

O IB é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: alimentação, transferências, toalete, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. O índice varia de 0-100 sendo que 0 corresponde à máxima dependência para todas as actividades de vida diárias avaliadas e 100 equivale a independência total para as mesmas actividades avaliadas (ARAÚJO et al., 2007) (Ver anexo VI).

## **9. Propriedades psicométricas**

### **9.1. Fiabilidade**

No presente trabalho a fiabilidade irá ser avaliada através da consistência interna pelo valor de Alpha de Cronbach e através da fiabilidade teste re-teste pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI).

## **9.2. Validade**

No que diz respeito à validade, foram avaliadas somente a validade de critério e a validade de constructo, já que a validade de conteúdo do instrumento foi avaliada no estudo de Ribeiro quando traduziu e validou o WHODAS 2.0 para a população portuguesa (RIBEIRO, 2010).

Para verificar a validade de critério foram aplicados o IB e a LSNS-6, que avaliam o nível de dependência funcional nas actividades de vida diária e a percepção do apoio social recebido dos participantes, respectivamente. Foram feitas análises correlacionais entre o WHODAS 2.0 e estes instrumentos para verificar a validade de critério.

Para verificar a validade de constructo, o estudo inclui a aplicação do WHODAS 2.0 em diferentes contextos com o objectivo de analisar as hipotéticas diferenças entre os participantes dos centros de dia e os da comunidade.

## **10. Procedimentos**

O processo de recolha de dados iniciou-se, numa primeira abordagem, pela explicação por parte da investigadora dos objectivos do estudo e dos procedimentos envolvidos. Esta informação foi entregue, também por escrito através da folha de informação disponibilizada (Ver anexo II). Nesta folha de informação foi explicado sucintamente o objectivo do trabalho bem como todos os procedimentos que iriam ocorrer.

Para além disso foi entregue ao participante o instrumento que se pretende validar, a versão de 12 itens auto-administrada do WHODAS 2.0 (Ver anexo IV) e a escala de avaliação LSNS-6 (Ver anexo V). O IB (Ver anexo VI) foi aplicado pela investigadora em data a combinar com os participantes.

O WHODAS 2.0 foi preenchido em dois momentos distintos com uma diferença de uma semana, de forma a avaliar a fiabilidade teste re-teste.

A recolha de dados foi realizada em dez centros de dia, uma universidade sénior, um local das novas oportunidades, nove pontos do programa e-mili@, um ponto do programa movimento e bem-estar, um hospital, dois quartéis de bombeiros e uma associação de dadores benévolos de sangue.

## **11. Organização do estudo**

Cronologicamente o estudo decorreu de Outubro de 2010 a Maio de 2011. A fase de teste, ou seja, a recolha de dados, decorreu entre o mês de Fevereiro e Abril de 2011. Durante o mês de Maio procedeu-se ao tratamento e análise de dados.

## 12. Análise estatística

A análise estatística foi realizada durante o mês de Maio de 2011. Para a descrição e caracterização da amostra, foram utilizadas medidas de localização, das quais: média, mínimo e máximo e medidas de dispersão como o desvio-padrão.

Para a comparação de proporções utilizou-se o teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado) e para avaliar a funcionalidade de acordo com os itens do instrumento comparou-se as médias obtidas nos dois contextos.

A consistência interna do instrumento utilizado foi verificada através do Alpha de Cronbach considerada inadmissível ( $\alpha < 0,6$ ); fraca ( $0,6 \leq \alpha < 0,7$ ); razoável ( $0,7 \leq \alpha < 0,8$ ), boa ( $0,8 \leq \alpha < 0,9$ ) e muito boa ( $\alpha \geq 0,9$ ) (PESTANA et al., 2008).

A fiabilidade teste re-teste foi analisada calculando o Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI), considerando correlação pobre ( $CCI < 0,40$ ), correlação satisfatória ( $0,4 \leq CCI < 0,75$ ) e correlação excelente ( $CCI \geq 0,75$ ) (PINTO et al., 2011).

Para avaliar se a distribuição das variáveis contínuas se aproximavam da distribuição normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Para o estudo da validade de critério utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman* para analisar a existência de correlações entre o WHODAS 2.0 e o IB e entre a LSNS-6.

Para o estudo da validade de constructo foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* para verificar a diferença entre os contextos, visto que a variável dependente apresentou uma distribuição considerada diferente da distribuição normal.

Para todas as variáveis analisadas o nível de significância considerado foi  $\alpha = 0,05$  sendo analisados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17 para Windows.





## **Capítulo IV – Apresentação dos resultados**

### **1. Introdução**

Os dados que serão apresentados de seguida foram obtidos entre Fevereiro de 2011 e Abril de 2011 e dizem respeito à recolha de dados.

### **2. Caracterização da amostra**

O número total de participantes foi de 234 indivíduos, dos quais 70 são do contexto centro de dia e 164 do contexto comunidade. Assim, nos centros de dia a média de idades foi de 76,13 com um desvio-padrão de 11,178, sendo que a idade mínima foi de 50 anos e a máxima de 98 anos. Na comunidade, a média de idades foi de 63,13 com um desvio-padrão de 7,600, sendo que a idade mínima foi de 50 anos e a máxima de 81 anos.

#### **2.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra**

Dos 70 participantes dos centros de dia, 15 indivíduos (21,4%) têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, sendo que desses, 10 são do sexo feminino (14,3%) e 5 são do sexo masculino (7,1%). Os restantes 55 participantes (78,6%) têm 65 ou mais anos, sendo que destes, 36 são do sexo feminino (51,4%) e 19 do sexo masculino (27,1%).

Na comunidade, dos 164 participantes, 93 indivíduos (56,7%) têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, sendo que desses, 61 são do sexo feminino (37,2%) e 32 do sexo masculino (19,5%). Os restantes 71 participantes (43,3%) têm 65 ou mais anos, sendo que destes, 45 são do sexo feminino (27,4%) e 26 do sexo masculino (15,9%).

Desta forma, evidencia-se o maior número de participantes do sexo feminino em ambos os contextos. Quanto ao grupo etário, evidencia-se um maior número de participantes com 65 ou mais anos nos centros de dia e um maior número de indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos na comunidade.

Para analisar a proporção de participantes no que diz respeito aos grupos etários utilizou-se o teste de  $\chi^2$ . Desta análise constatou-se que para o contexto de centro de dia o valor foi de 22,857 com um valor de p inferior a 0,05 (nível de significância considerado) e para o contexto da comunidade foi de 2,951 com um valor de p superior a 0,05 (nível de significância considerado). Assim, as proporções de idades do centro de dia parecem ser diferentes enquanto que na comunidade parecem ser idênticas.

No que diz respeito ao estado civil, nos centros de dia 32 participantes são viúvos (45,7%), 17 nunca foram casados (24,3%), 15 são actualmente casados (21,4%), 4 são divorciados (5,7%) e 2 são separados (2,9%).

Na comunidade, 120 participantes são actualmente casados (73,2%), 22 são viúvos (13,4%), 12 são divorciados (7,3%), 9 nunca foram casados (5,5%) e somente um participante é separado (0,6%).

Relativamente aos anos de formação, nos centros de dia, 56 participantes frequentaram a escola cerca de 4 anos (80,0%), 6 frequentaram 8 ou 9 anos (8,6%), 3 frequentaram 5 ou 6 anos (4,3%) e os restantes 5 participantes não responderam à questão (7,1%).

Na comunidade, 67 participantes frequentaram a escola cerca de 4 anos (40,9%), 27 frequentaram 5 ou 6 anos (16,5%), 21 frequentaram 10, 11 ou 12 anos (12,8%), 18 frequentaram 8 ou 9 anos (11,0%), 6 frequentaram 12 ou mais anos de escola (3,7%) e os restantes 25 não responderam à questão (15,2%).

**Tabela 1** – Caracterização sócio-demográfica da amostra

	Centro de dia		Comunidade	
	N	%	N	%
<b>Sexo (%)</b>				
<b>Feminino</b>	<b>46</b>	<b>65,7%</b>	<b>106</b>	<b>64,6%</b>
50-64 anos	10	14,3%	61	37,2%
65 ou mais anos	36	51,4%	45	27,4%
<b>Masculino</b>	<b>24</b>	<b>34,3%</b>	<b>58</b>	<b>35,4%</b>
50-64 anos	5	7,1%	32	19,5%
65 ou mais anos	19	27,1%	26	15,9%
<b>Estado Civil (%)</b>				
Nunca foi casado	17	24,3%	9	5,5%
Actualmente Casado	15	21,4%	120	73,2%
Separado	2	2,9%	1	0,6%
Divorciado	4	5,7%	12	7,3%
Viúvo	32	45,7%	22	13,4%
Coabitação	-	-	-	-

	Centro de dia		Comunidade	
	N	%	N	%
<b>Anos de educação formal (%)</b>				
Até 4 anos	56	80,0%	67	40,9%
Até 6 anos	3	4,3%	27	16,5%
Até 9 anos	6	8,6%	18	11,0%
Até 12 anos	-	-	21	12,8%
12 ou mais anos	-	-	6	3,7%
Não aplicável (Falta de resposta)	5	7,1%	25	15,2%

## 2.2. Caracterização da funcionalidade da amostra em cada item

No que diz respeito à funcionalidade no contexto de centro de dia, os itens que sugerem menor funcionalidade são: o item 7. “Andar uma distância longa como um quilómetro (ou equivalente)”, o item 5. “Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde” e o item 1. “Ficar de pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos”. Os itens que sugerem maior funcionalidade são: o item 11. “Manter uma amizade” e o item 10. “Lidar com pessoas que não conhece”.

No contexto da comunidade constata-se que globalmente os valores médios da funcionalidade são relativamente baixos, ou seja indicam poucas dificuldades nas actividades que os itens sugerem. No entanto, o item que sugere menor funcionalidade é o item 5. “Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde”. Os itens que sugerem maior funcionalidade são: o item 8. “Lavar todo o corpo”, o item 9. “Vestir-se”, o item 11. “Manter uma amizade” e o item 4. “Participar em actividades da comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa”.

Assim, nos centros de dia parece existir mais dificuldades em aspectos físicos e emocionais do que nas relações interpessoais. Na comunidade, a maior dificuldade reportada refere-se mais a aspectos emocionais do que propriamente a aspectos físicos e de participação.

Constata-se que a funcionalidade parece ser menor nos participantes do centro de dia.

**Tabela 2** – Análise descritiva: número de participantes, média e desvio-padrão para cada item em relação aos diferentes contextos

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Centro de dia		Comunidade	
	N	média (dp)	N	média (dp)
1.Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	69	1,51 (1,67)	164	0,40 (0,88)
2.Tratar das suas responsabilidades domésticas?	69	1,13 (0,89)	163	0,14 (0,43)
3.Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	70	0,59 (1,07)	163	0,11 (0,42)
4. Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa?	70	0,70 (0,86)	164	0,07 (0,27)
5.Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde?	70	1,87 (1,27)	164	0,49 (0,84)
6. Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	70	0,11 (0,40)	164	0,15 (0,54)
7.Andar uma distância longa como um quilómetro (ou equivalente)?	70	2,00 (1,62)	164	0,24 (0,65)
8. Lavar todo o corpo?	70	0,90 (0,90)	164	0,05 (0,27)
9.Vestir-se?	70	1,07 (1,42)	163	0,06 (0,43)
10. Lidar com pessoas que não conhece?	70	0,06 (0,29)	184	0,10 (0,32)
11. Manter uma amizade?	70	0,03 (0,17)	164	0,07 (0,27)
12. No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	70	0,99 (0,69)	161	0,16 (0,41)
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>29,91 (75,00)</b>	<b>159</b>	<b>4,80 (8,62)</b>

### 3. Propriedades psicométricas

As propriedades psicométricas avaliadas foram a consistência interna através do Alpha de Cronbach, a fiabilidade teste re-teste através do Coeficiente de Correlação Intraclass, a validade de critério através do Coeficiente de Correlação de *Spearman* e a validade de constructo através do teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes.

#### 3.1. Fiabilidade

Da aplicação do WHODAS 2.0 obteve-se um Alpha de Cronbach de  $\alpha=0,85$  para o centro de dia e  $\alpha=0,79$  para a comunidade. Estes dados indicam que o instrumento tem uma consistência interna boa no centro de dia e razoável na comunidade.

Em relação aos itens do instrumento no contexto de centro de dia, os itens 3. “Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar, 6. “Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos” e 11. “Manter uma amizade” têm Alphas de Cronbach

superiores ao valor global, o que significa que se excluíssemos estes itens a consistência interna do instrumento seria melhor.

Em relação aos itens do instrumento no contexto comunidade observa-se que na comunidade o item 10. “Lidar com pessoas que não conhece” ao ser excluído aumentaria o valor de Alpha (Tabela 3).

**Tabela 3** – Consistência interna: Alpha de Cronbach na ausência do item

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Centro de dia		Comunidade	
	N	Alpha de Cronbach na ausência do item	N	Alpha de Cronbach na ausência do item
1.Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	69	0,84	159	0,75
2.Tratar das suas responsabilidades domésticas?	69	0,83	159	0,76
3.Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	69	0,86	159	0,79
4. Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa?	69	0,83	159	0,79
5.Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde?	69	0,83	159	0,78
6. Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	69	0,86	159	0,77
7.Andar uma distância longa como um quilómetro (ou equivalente)?	69	0,81	159	0,79
8. Lavar todo o corpo?	69	0,83	159	0,78
9.Vestir-se?	69	0,82	159	0,77
10. Lidar com pessoas que não conhece?	69	0,85	159	0,80
11. Manter uma amizade?	69	0,86	159	0,78
12. No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	69	0,83	159	0,76
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>0,85</b>	<b>159</b>	<b>0,79</b>

Quanto à fiabilidade teste re-teste, os valores de CCI indicam que globalmente o instrumento tem um CCI excelente ( $>0,75$ ).

Quanto aos itens nos centros de dia, os itens 4. “Participar em actividades da comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa”, 7. “Andar uma distância longa como um quilómetro”, 8. “Lavar todo o corpo” e 9. “Vestir-se”, têm um CCI excelente.

Os itens 1. “Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos”, 2. “Tratar das responsabilidades domésticas”, 3 “Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar”, 5. “Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde” e 12. “No seu trabalho/escola do dia-a-dia”, têm um CCI satisfatório.

Os restantes têm um CCI considerado como pobre.

Na comunidade, os itens 1. “Ficar de pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos”, 2. “Tratar das suas responsabilidades domésticas”, 4. “Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer pessoa” e 12. “No seu trabalho/escola do dia-a-dia” têm um CCI excelente. Os restantes têm um CCI considerado como satisfatório.

**Tabela 4** – Fiabilidade teste re-teste: Coeficiente de Correlação Intraclassa para cada item

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	CCI (IC 95%)	
	Centro de dia	Comunidade
1. Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	0,71 (0,57-0,81)	0,85 (0,80-0,89)
2. Tratar das suas responsabilidades domésticas?	0,69 (0,54-0,79)	0,80 (0,74-0,85)
3. Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	0,40 (0,18-0,58)	0,74 (0,66-0,80)
4. Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa?	0,80 (0,70-0,87)	0,84 (0,78-0,88)
5. Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde?	0,64 (0,48-0,76)	0,58 (0,47-0,67)
6. Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	0,09 (-0,14-0,32)	0,59 (0,48-0,68)
7. Andar uma distância longa como um quilómetro (ou equivalente)?	0,86 (0,79-0,91)	0,74 (0,66-0,80)
8. Lavar todo o corpo?	0,85 (0,77-0,91)	0,62 (0,52-0,71)
9. Vestir-se?	0,77 (0,65-0,85)	0,62 (0,51-0,70)
10. Lidar com pessoas que não conhece?	0,23 (-0,01-0,44)	0,71 (0,62-0,77)
11. Manter uma amizade?	-0,04 (-0,27-0,20)	0,53 (0,41-0,63)
12. No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	0,48 (0,28-0,64)	0,78 (0,71-0,83)
<b>Total</b>	<b>0,89 (0,83-0,93)</b>	<b>0,82 (0,77-0,87)</b>

### 3.2. Validade

#### Validade de critério

Da análise da tabela 5 constata-se que uma maior dependência funcional no IB parece estar correlacionada com menor funcionalidade em todos os itens excepto no item 4 que corresponde a “Participar em actividades da comunidade da mesma forma que qualquer pessoa”.

Tendo em conta a correlação total, pode-se dizer que o IB tem uma correlação estatisticamente significativa com o WHODAS 2.0. As correlações com este instrumento são negativas, visto que os valores mais altos de funcionalidade do WHODAS 2.0 estão no extremo oposto dos valores do IB, ou seja as escalas funcionam em sentidos opostos.

Relativamente à correlação entre o WHODAS 2.0 e a LSNS-6 constata-se que parece existir uma correlação estatisticamente significativa somente em três itens do WHODAS 2.0, que se referem à dificuldade em 4. “Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa”, 11. “Manter uma amizade” e 12. “No seu trabalho/escola do dia-a-dia”.

**Tabela 5** – Correlação inter-escalas: Coeficiente de Correlação de *Spearman* de todos os domínios do IB e da LSNS-6

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Comunidade	
	IB (1)	LSNS (1)
1.Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	-0,32**	-0,09
2.Tratar das suas responsabilidades domésticas?	-0,37**	-0,09
3.Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	-0,20*	-0,09
4.Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa?	-0,10	-0,16*
5.Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde?	-0,20*	-0,13
6. Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	-0,28*	-0,15
7.Andar uma distância longa como um quilómetro (ou equivalente)?	-0,19*	-0,11
8. Lavar todo o corpo?	-0,67**	-0,11
9.Vestir-se?	-0,61**	-0,07
10. Lidar com pessoas que não conhece?	-0,17*	-0,02
11. Manter uma amizade?	-0,23**	-0,21**

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Comunidade	
	IB (1)	LSNS (1)
12. No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	-0,27**	-0,17*
<b>Total</b>	<b>-0,24**</b>	<b>-0,17*</b>
(1) Correlação de <i>Spearman</i>	*p<,05	**p<,01

### Validade de constructo

Para a análise da validade de constructo utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*, já que a variável dependente apresentou uma distribuição considerada diferente da normal. A partir deste teste constata-se que em relação ao WHODAS 2.0 o valor da média é mais elevado no contexto de centro de dia, o que sugere que a funcionalidade é menor neste contexto. Entre os diferentes contextos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores de funcionalidade. Pelo valor de p constata-se que efectivamente existem diferenças estatisticamente significativas entre os contextos (tabela 6).

**Tabela 6** – Validade de constructo: Teste U de *Mann-Whitney*

	WHODAS 2.0			
	N	Média	U de <i>Mann-Whitney</i>	Valor de p
<b>Centro de dia</b>	70	25,70	1620	0,00
<b>Comunidade</b>	164	14,24		



## **Capítulo V – Discussão de resultados**

O presente estudo teve como principal objectivo validar a versão de 12 itens auto-administrada do WHODAS 2.0 para a população portuguesa.

A análise dos dados foi realizada tendo em conta as características sócio-demográficas da amostra e a avaliação das propriedades psicométricas do WHODAS 2.0. Esta análise teve como base a recolha de dados efectuada aos indivíduos dos contextos referenciados que cumpriam os critérios de inclusão do concelho de Santa Maria da Feira.

Relativamente à caracterização sócio-demográfica realizou-se o teste  $\chi^2$  de forma a avaliar se as proporções de idades eram idênticas entre si, tendo sido verificado que no contexto centro de dia as proporções eram diferentes e que no contexto comunidade eram idênticas.

Quanto à funcionalidade nos diferentes contextos, parece existir menor funcionalidade nos participantes dos centros de dia em comparação com os da comunidade, o que corresponde às características da população dos diferentes contextos. Para além disso, constatou-se que as maiores dificuldades reportadas pelos participantes dos centros de dia são maioritariamente de natureza física e emocional devido à sua condição de saúde. No caso da comunidade, por serem participantes mais activos e ainda com uma boa condição de saúde não reportam tantas dificuldades.

No que diz respeito às propriedades psicométricas do instrumento, concluiu-se que em relação à fiabilidade, a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 apresenta uma consistência interna boa e razoável, tendo em conta o valor global do Alpha de Cronbach (0,85 para o centro de dia e 0,79 para a comunidade). Quanto aos itens verificou-se que no centro de dia o valor de Alpha de Cronbach aumentaria se excluíssemos os itens 3. “Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar, 6. “Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos” e 11. “Manter uma amizade”. Na comunidade o Alpha de Cronbach aumentaria se excluíssemos o item 10. “Lidar com pessoas que não conhece”. No entanto, em ambos os casos, a diferença não é muito elevada, por isso poderia não se justificar a exclusão desses itens. Para além, disso como não faz parte dos objectivos do estudo proceder a essa exclusão, analisou-se somente esta associação.

Estas conclusões vão de encontro ao estudo de Andrews *et al.* (2009), que afirmaram uma correlação elevada de cada item com o score global de funcionalidade, bem como o estudo

de Luciano *et al.* (2010) que afirmaram que todos os itens avaliam eficazmente a funcionalidade.

Pode concluir-se, de acordo com os resultados obtidos, que globalmente a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 tem uma boa consistência interna, tal como afirma Pestana *et al.* (2008).

A fiabilidade teste re-teste foi analisada através dos valores de CCI. O valor obtido foi de 0,89 nos centros de dia e 0,82 na comunidade, o que significa que a fiabilidade teste re-teste é excelente em ambos os contextos.

Os resultados deste estudo contribuíram para demonstrar que no geral a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 é fiável, visto que apresenta valores elevados de consistência interna e fiabilidade teste re-teste. O resultado vai de encontro às conclusões do estudo da OMS em diferentes países para testar as propriedades do WHODAS 2.0 (USTUN *et al.*, 2010) e ao estudo de Ribeiro (2010) que avaliou as propriedades psicométricas da versão portuguesa do WHODAS 2.0.

A validade de critério do WHODAS 2.0 foi avaliada através de correlações entre o instrumento e o IB e a LSNS-6. Para determinar a correlação entre estes instrumentos foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Nesta análise utilizou-se unicamente os dados da comunidade, visto ser a amostra mais próxima da população geral.

Constatou-se que uma maior dependência funcional no IB parece estar correlacionada com menor funcionalidade em todos os itens excepto no item 4 que corresponde a “Participar em actividades da comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa”. Este facto pode ser justificado porque o IB não avalia actividades de participação na comunidade.

Tendo em conta o valor total, pode-se dizer que o IB tem uma correlação estatisticamente significativa com o WHODAS 2.0, ou seja ambos medem o mesmo critério que é a funcionalidade.

A correlação com o IB vem confirmar a validade de critério do WHODAS 2.0., tal como acontece no estudo de Ribeiro (RIBEIRO, 2010).

Relativamente à correlação entre o WHODAS 2.0 e a LSNS-6 constatou-se que parece existir uma correlação estatisticamente significativa somente em três itens do WHODAS 2.0, que se referem a 4. “Participar em actividades na comunidade da mesma forma que qualquer outra pessoa”, 11. “Manter uma amizade” e 12. “No seu trabalho/escola do dia-a-

dia”, ou seja os itens mais relacionados com a percepção de apoio social e integração do participante na comunidade, que são avaliadas pela LSNS-6.

A validade de constructo da versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 foi avaliada através da análise comparativa das médias dos dois contextos analisados.

Da comparação dos dois contextos verificou-se que para um U de 1620 o valor de p foi de 0,00 o que sugere que existe uma diferença estatisticamente significativa quanto à funcionalidade entre os centros de dia e a comunidade. Assim, considera-se que os indivíduos que frequentam valências como lares e centros de dia possivelmente optam por esta valência por problemas funcionais e por isso necessitam de algum suporte formal, o que não acontece com os restantes contextos. Desta forma, constata-se que efectivamente o WHODAS 2.0 é capaz de identificar diferenças entre os diferentes grupos, o que confirma a sua validade de constructo.

Estas conclusões vêm confirmar o facto de o WHODAS 2.0 ser capaz de manter as mesmas propriedades psicométricas em diferentes grupos populacionais e de distinguir grupos que têm características diferentes tal como é evidenciado nos estudos da OMS e de Ribeiro (RIBEIRO, 2010, USTUN et al., 2010).

Assim considera-se que estas conclusões vão de encontro às hipóteses de estudo apresentadas no capítulo III.

## **1. Considerações finais**

Depois da análise dos resultados obtidos, pode-se afirmar que a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 apresenta características psicométricas que permitem a sua utilização em indivíduos de diferentes contextos.

O aspecto funcional é um ponto de grande importância na avaliação do estado de saúde dos idosos, já que a sua avaliação permite detectar precocemente alterações na funcionalidade e na realização das actividades de vida quotidianas. O WHODAS 2.0 permite avaliar níveis de funcionalidade em grupos específicos e na população geral. Desta forma estas avaliações associadas a diagnósticos médicos podem predizer aspectos importantes que aumentem a qualidade das intervenções à população idosa melhorando significativamente a sua qualidade de vida.

Este estudo ao validar a versão portuguesa do WHODAS 2.0 possibilita a sua utilização na avaliação funcional do idoso contribuindo para a melhoria da qualidade das intervenções à população idosa.

Como trabalhos futuros torna-se necessário testar o instrumento noutros contextos para que este seja considerado fiável e válido para outras áreas.

## **Capítulo VI – Conclusões**

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais relevantes do século XXI nas sociedades desenvolvidas pelas suas implicações a nível social, económico e individual.

Desta forma deverão existir intervenções mais adequadas a esta população tendo em conta a sua idiossincrasia e as diferentes formas de enfrentar o processo de envelhecimento dos indivíduos.

Assim, o principal desafio da sociedade consiste em promover o aumento da longevidade, associado a uma velhice com qualidade de vida. Para que haja intervenções adequadas por diferentes profissionais é de extrema importância a avaliação da funcionalidade nesta população, sendo uma forma de minimizar possíveis problemas aumentando a longevidade dos mesmos usufruindo assim de uma velhice com qualidade de vida.

Tendo em conta a importância da validação de instrumentos que avaliem a funcionalidade dos indivíduos este estudo é uma tentativa de contribuir para a validação de um instrumento que mede funcionalidade na população portuguesa.

Assim, o presente estudo teve como principal objectivo validar a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 em contextos relacionados com o envelhecimento activo. Sendo este um instrumento que não é específico para nenhuma condição de saúde em concreto e pode ser utilizado na população geral é importante que este seja validado para a população portuguesa para que futuramente se possam fazer comparações de funcionalidade em diferentes populações. Esta seria uma mais valia para os profissionais de saúde e outros.

Através da análise dos resultados obtidos foi possível constatar que a versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0 possui bons níveis de fiabilidade no que diz respeito à consistência interna e à fiabilidade teste re-teste. Também se constatou que este instrumento é válido e que consegue identificar diferenças na amostra onde foi aplicado. Estes resultados foram semelhantes aos obtidos nos estudos realizados pela OMS em vários países do mundo aquando do teste das propriedades psicométricas do instrumento bem como do estudo recente de Ribeiro (2010).

Espera-se que futuramente surjam mais estudos que utilizem o WHODAS 2.0 de forma a contribuir para a validação do instrumento noutros contextos. A validação de outras versões do WHODAS 2.0 de 12 itens também se torna fundamental.



## **Referências bibliográficas**

ANDREWS, Gavin [et al.] - Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. (2009).

ARAÚJO, Fátima [et al.] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Vol. 25, n.º 2 ( 2007).

ASSIS, Monica De - Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas para idosos. (2005).

CARRILHO, Maria Jose; GONÇALVES, Cristina - Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. Revista de Estudos Demográficos. Vol. 36 (2004).

CORTEZ-DIAS, Nuno [et al.] - Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. Rev. Port. Cardiol. (2009), p. 506-507.

CRIONU - População mundial continua a envelhecer, afirma um relatório da ONU. [em linha]. (2010). [Consult. 24 de Outubro de 2010]. Disponível na internet:<URL:<http://www.unric.org/pt/actualidade/9485>>.

DGS - Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia. (2003), p. 6-7.

GARIN, Olatz [et al.] - Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. (2010).

GEORGE, Francisco- Itinerário da Nova Gestão: Cadernos de Economia. 80. 2007.

INE - O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. (2002).

LEVEILLE, Suzanne G.; FRIED, Linda; GURALNIK, Jack M. - Disabling Symptoms-What do older women report? J. Gen Intern Med. Vol. 17, n.º 10 (2002), p. 766.

LUBBEN, James [et al.] - Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. The Gerontologist. Vol. 46, n.º 4 (2006), p. 503-513.

LUCIANO, Juan V. [et al.] - Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-DAS II) in Spanish primary care patients with first major depressive episode. pubmed. (2009).

LUCIANO, Juan V. [et al.] - The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. pubmed. (2010).

MACHADO, Paulo - O lugar dos idosos em Portugal e no mundo. [em linha]. (2003). [Consult. 21 de Novembro de 2010]. Disponível na internet:<URL:[http://www.janusonline.pt/2003/2003\\_1\\_4\\_4.html](http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html)>.

MARTINI, J. A. - Cuidados preventivos e envelhecimento activo. [em linha]. (2010). [Consult. 11 de Novembro de 2010]. Disponível na internet:<URL:<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/cuidados-preventivos-e-envelhecimento-activo.html>>.

MEIRELES, Ana Catarina - Envelhecimento activo da pessoa idosa. [em linha]. (2008). [Consult. 25 de Outubro de 2010]. Disponível na internet:<URL:[http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm)>.

MTSS- Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos. Lisboa, 2009.



MTSS- Carta Social - Respostas Sociais: Nomenclaturas e Conceitos. 2007. Disponível em WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=0#cj18>>.

OLIVEIRA, Catarina Resende De [et al.] - Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. (2008).

OMS - Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2002).

OMS - Training Manual: A Guide to Administration. (2000).

OMS; DGS - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2003).

OND - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - Diabetes: Factos e números. (2009), p. 13-14.

PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso Da Silva - A prevalência de incapacidade em idosos no Brasil. Ciência e Saúde Colectiva. Vol. 11, n.º 4 (2006), p. 972-973.

PESTANA, Maria Helema; GAGUEIRO, João Nunes - Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS. 5.<sup>a</sup> ed. . Lisboa: Edições Sílabo., 2008.

PINTO, Joaquim Sousa [et al.] - Métodos para a estimação e reprodutividade de medidas - Coeficiente de Correlação Intraclasse. [em linha]. (2011). [Consult. 11 de Maio de 2011]. Disponível na internet: <URL:<http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm>>.

RIBEIRO, Sergio - Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.

RUTIS - Envelhecimento Activo. [em linha]. (2008). [Consult. 13 de Outubro de 2010]. Disponível na internet:<URL:[www.rutis.org](http://www.rutis.org)>.

USTUN, Tevfik Bedirhan [et al.] - Measuring health and disability- Manual for WHO Disability Assessment Schedule. 2010.

WILSON, Ruth P. [et al.] - Pile Sort Analysis of siSwati Terms for Acute Respiratory Infections. Journal of Quantitative Anthropology. Vol. 5 (1995), p. 132-133.

# **ANEXOS**

## Anexo I – Consentimento informado

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial*  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem fazendo uma cruz na resposta apropriada:

Itens de resposta	Sim	Não
Eu li a folha de informação destinada aos participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre o estudo		
Estou satisfeito com as respostas às minhas perguntas		
<b>Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura</b>		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Falei com a Aurora Moreira		
Eu concordo em participar neste estudo		

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **Anexo II – Convite à participação**

O meu nome é Aurora Moreira, sou aluna do Mestrado em Gerontologia da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e gostaria de o/a convidar a participar no estudo que vou realizar. Antes de decidir se gostaria de participar é importante que compreenda os objectivos do estudo e o que ele envolve. Para isso leia atentamente as informações que se seguem e caso tenha alguma dúvida ou questões que queira colocar sintá-se à vontade para me contactar e esclarecer o que for necessário. O número de telefone encontra-se no final desta folha.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu alguns instrumentos de avaliação da condição de saúde da população. Um deles foi o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), este instrumento pretende medir a saúde e incapacidade da população capturando o nível de funcionalidade dos participantes em seis domínios dos quais: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, actividades diárias e participação. É necessário verificar se quando aplicado em diferentes momentos dá o mesmo resultado e se este instrumento dá informações correctas, comparando os seus resultados com outras escalas de avaliação, nomeadamente o Índice de Barthel (IB) que mede a funcionalidade e a Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6) que mede a rede social do participante.

Para participar tem de ter 50 ou mais anos e estar integrado em centros de dia, informática e ginástica, universidades séniores ou ser voluntário do distrito de Aveiro.

A decisão de participar é sua. Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine o consentimento informado e que preencha dois questionários: o WHODAS 2.0 e a escala de avaliação LSNS-6. Poderá levar os questionários para preencher em casa e depois entregá-los numa data a combinar. O WHODAS 2.0 ser-lhe-á entregue novamente passada uma semana e deverá proceder da mesma forma (levá-lo para casa, preencher e entregá-lo no dia combinado). A escala de avaliação IB será aplicada por mim, numa data a combinar.

Caso decida desistir de participar poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

De seguida será indicado o meu contacto e o contacto dos meus orientadores, para o caso de existirem dúvidas ou questões que queira ver esclarecidas.

**Contacto do aluno:**

Aurora Moreira

**Email:** a40164@ua.pt

**Contactos dos orientadores:**

Professora Doutora Alexandra Queirós

**Telefone:** 234372450; **Extensão:** 22109

**Email:** alexandra@ua.pt

Professor Doutor Rui Costa

**Email:** rcosta@ua.pt

### **Anexo III – Informação demográfica e de saúde - Versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0.**

#### **PROTOCOLO – WHODAS, versão 12 itens auto-administrada**

**Data** \_\_ / \_\_ / \_\_ (dia/mês/ano)

#### **A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA e de SAÚDE**

**A.1 N.º DE PARTICIPANTE** \_\_\_\_\_

##### **A.2 SEXO**

(1) ☐ Feminino      (2) ☐ Masculino

**A.3 DATA DE NASCIMENTO** \_\_ / \_\_ / \_\_ (dia/mês/ano)

**A.4 CONCELHO** \_\_\_\_\_

**A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL** \_\_

##### **A.6 ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL** (*Seleccione apenas uma opção*)

- (1) Nunca foi casado ☐
- (2) Actualmente casado ☐
- (3) Separado ☐
- (4) Divorciado ☐
- (5) Viúvo ☐
- (6) Coabitação ☐

##### **A.7 OCUPAÇÃO ACTUAL** (*Seleccione apenas uma opção*)

- (1) Emprego assalariado ☐
- (2) Trabalha por conta própria (autónomo) ☐
- (3) Não assalariado, voluntário/caridade ☐
- (4) Estudante ☐
- (5) Doméstica/Dona de casa ☐
- (6) Aposentado ☐
- (7) Desempregado (razão de saúde) ☐
- (8) Desempregado (outra razão) ☐
- (9) Outro ☐ (*por favor especifique*) \_\_\_\_\_

##### **A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Principais Condições de Saúde /Patologias**

- 1. Não existe nenhuma Condição Médica ☐
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos ☐

##### **A.9 MEDICAÇÃO**

- 1. Não existe nenhuma Medicação ☐
- 2. ....      4. ....

3. .... 5. ....

**A.10 ALTURA:** \_\_\_\_ cm

**A.11 PESO:** \_\_\_\_ Kg

**A.12 MÃO DOMINANTE** (anterior à condição de saúde)  
Esquerda [ ] Direita [ ] Ambidestro[ ]

**A.13 FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO?**

NÃO [ ]

SIM [ ]

*Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?*

1. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

**A.14 TIPO DE RESIDÊNCIA**

(1) [ ] Particular

(2) [ ] Lar residencial

(3) [ ] Residência assistida

(4) [ ] Cuidados continuados

(5) [ ] Outra: \_\_\_\_\_

**A.15 SUPORTE INSTITUCIONAL**

Sem suporte [ ]

Com suporte [ ]

*Por favor especifique:*

(1) [ ] Centro de convívio

(2) [ ] Centro de dia

(3) [ ] Centro de noite

(4) [ ] Apoio domiciliário

(5) [ ] Outra: \_\_\_\_\_



## Anexo IV – Versão portuguesa de 12 itens do WHODAS 2.0.

### WHODAS 2.0

As questões seguintes são acerca das dificuldades que sentiu devido à sua condição de saúde.

Condições de saúde incluem doenças, problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, ou problemas relacionados com álcool ou drogas.

As suas respostas só devem reflectir os últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve em realizar as seguintes actividades.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? *	1	2	3	4	5

\* Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S6	Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	1	2	3	4	5

H1	Globalmente, nos últimos 30 dias, quantos dias estiveram presentes estas dificuldades?	Registe o número de dias ____
H2	Nos últimos 30 dias, em quantos dias esteve totalmente impossibilitado de realizar as suas actividades habituais ou de trabalhar devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias em que esteve totalmente impossibilitado, em quantos dias diminuiu ou reduziu as suas actividades habituais ou de trabalho devido à sua condição de saúde?	Registe o número de dias ____

## Anexo V – Lubben Social Network Scale

São apresentadas uma série de questões sobre vários aspectos da sua relação com outras pessoas. Cada afirmação tem seis categorias de resposta possível. Responda a cada questão, fazendo um círculo na categoria de resposta que corresponde melhor à sua situação. Se concordar com o que diz no “Zero” deverá fazer um círculo no quadrado correspondente. Se pensa que o que se diz nas categorias “Um”, “Dois”, “Três ou Quatro”, “Cinco a Oito”, “Nove ou mais” é adequado a si, coloque um círculo nas categorias correspondentes. Por favor, faça apenas um círculo por cada afirmação.

Rede familiar						
Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (incluindo parentes por afinidade)	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais
Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais
Quantos familiares considera que lhe são próximos, com os quais se sente à vontade para lhes pedir ajuda	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais

Rede de Amigos						
Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais
Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais
Quantos amigos considera que lhe são próximos e com os quais se sente à vontade para lhes pedir ajuda?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a Oito	Nove ou Mais

## Anexo VI – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL - ESCALA FUNCIONAL	
<b>1. ALIMENTAÇÃO</b>	
	(marque com um círculo)
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. TRANSFERÊNCIAS</b>	
	(marque com um círculo)
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma de ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. TOALETE</b>	
	(marque com um círculo)
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. UTILIZAÇÃO DO WC</b>	
	(marque com um círculo)
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. BANHO</b>	
	(marque com um círculo)
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. MOBILIDADE</b>	
	(marque com um círculo)
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos do que 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0

**7. SUBIR E DESCER ESCADAS**

(marque com um círculo)

**Independente, com ou sem ajudas técnicas** ..... ☐ 10

**Precisa de ajuda** ..... ☐ 5

**Dependente** ..... ☐ 0

**8. VESTIR**

(marque com um círculo)

**Independente** ..... ☐ 10

**Com ajuda** ..... ☐ 5

**Impossível** ..... ☐ 0

**9. CONTROLO INTESTINAL**

(marque com um círculo)

**Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar** ..... ☐ 10

**Acidente ocasional (uma vez por semana)** ..... ☐ 5

**Incontinente ou precisa de uso de clisteres** ..... ☐ 0

**10. CONTROLO URINÁRIO**

(marque com um círculo)

**Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho** ..... ☐ 10

**Acidente ocasional (máximo, uma vez por semana)** ..... ☐ 5

**Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho** ..... ☐ 0

**TOTAL** .....

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_